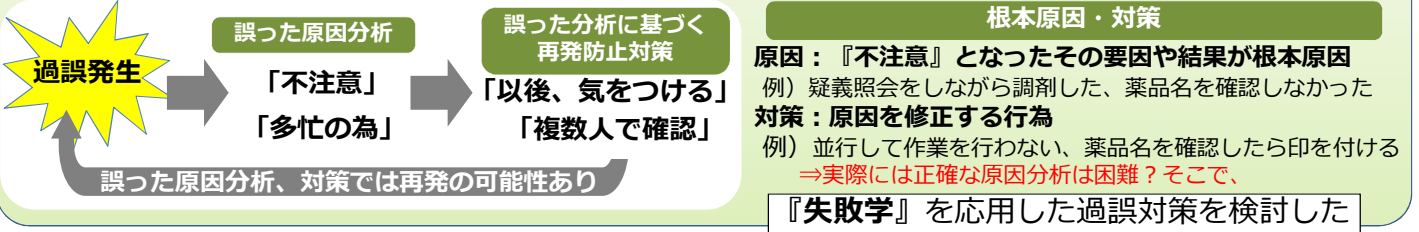




○ 佐野敦彦、増子泰規、川嶋崇之

真の背景

さまざまな調剤過誤対策を行ってきたが、同様な過誤が再発している。過誤報告書を検討したところ、事故の原因分析が正確にできていないこと、そのため適切な再発防止策が立案されていないことが一因と考えられた。



失敗学とは? なぜ調剤に応用したか?

ヒューマンエラーは必ず発生するという視点に立ち、失敗の責任追及のみに終始せず、発生した失敗を生かして再発防止を徹底するという学問。主に生産、品質管理等に向けて構築され、福島原発事故の事故調査・検証委員会でも活用されている。失敗(エラー)について、下記のように分析する。

原因究明: 誰が、ではなく、何が原因か、を明確にする

失敗防止: 原因から再発防止策を立案、実施する

知識配布: 失敗事例を汎用化し広めることで、他でも似たような失敗を起こさないようにする
調剤における失敗(調剤過誤)についても、同様の考え方が適用できると考え、思考の基準とした

過誤対策を実施

① 原因究明・再発防止について

- ・報告書式を原因分析対型に変更 (図1)
- ・ヒヤリハット報告書式変更、徹底実施
- ・振返り(PCDA)ミーティング実施 (各店舗にて三ヶ月に一度) (図2)

② 知識配布

- ・調剤過誤情報速報作成
- ・全社員対象集合研修にてセミナー実施(年2回)
- ・過誤集計・事例検討情報誌作成 (図3)

③さらなる過誤減少を目指して

- ・過誤原因分類図作成 (図4)
- 根本原因を漏れなく探るために失敗の原因を10種類に分類し、孢子状に現した『失敗まんだら』を調剤用に改編

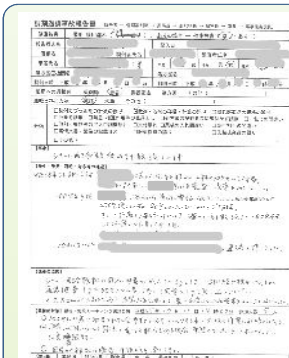


図1 調剤過誤報告書
過誤内容を、大分類、事象、経過、原因、対策に分けて記載する。ただし、これだけでは根本原因の掘り起こしは困難であった。そのため教育プログラムを作成。



図2 PCDA振返りミーティング
各店舗で発生した過誤を生かすことができるか、有効であるかの検証をミーティングで行う。事前にヒヤリハット報告数、その後の過誤事例を確認した上で実施している。

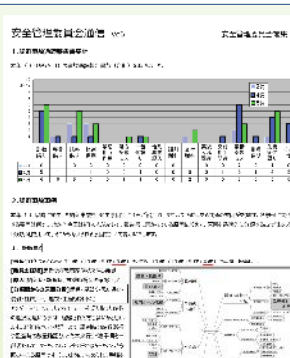


図3 集計・事例検討情報作成
報告数を分類別に表示。またテーマを絞り、それに該当する事例を挙げ、検証、解説し、事例を共有する。

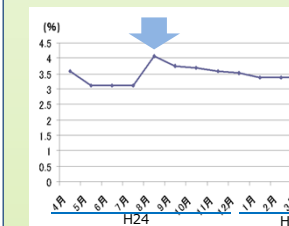


図4 ヒヤリハット発生率/(受付回数)(書式変更のためH24.4月~)
投薬以前に発見された調剤ミスを集計8月の上昇はカウントを徹底する目的で、事務業務について別リストを作成したため上昇

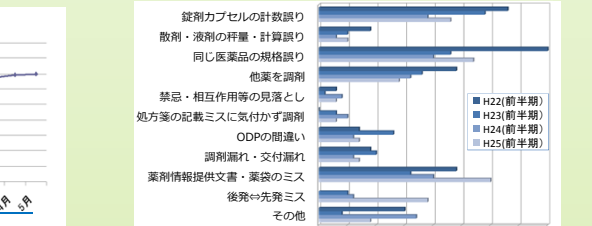
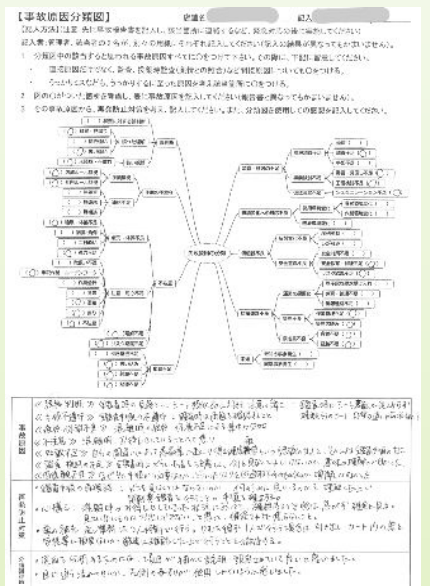


図5 分類別調剤過誤件数(前半期:1月~6月)
減少傾向にあったが本年になり増加している。工夫だけでなく、個別の丁寧なフォローが必要であると考え。

図3 調剤過誤原因分類図



失敗学における『失敗まんだら』をベースに作成した。中心周りに第1レベル、その外周に第2レベルと詳細な項目となっている。また、左側が個人に起因するもの、右側が組織(店舗等)に起因するものに分けられる。事故報告では認識できなかった原因を挙げることでできている。また当事者、管理者の2者が別用紙に記入することで視点の異なる原因が発見できる。

考察

調剤過誤は如何なる対策を施しても起こり得る。そのため発生した事例を生かし同様な過誤を少なくすることが課題である。我々は他業種の危機管理分析方法である失敗学を導入したが、それが薬局業務についても応用可能であり、また分析方法が有効であることが示唆された。ただし、過誤は忘れられやすい。そのため、手法だけでなく丁寧なフォローも必要であることが示唆された。今後は、さらに失敗(過誤)の特質を考えた取り組み、またフォローを行っていきたい。